



การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว : กรณีศึกษาผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว Acyanotic Congenital Heart Disease Nursing Care: Case Study of Ventricular Septal Defect

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล¹

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายพยาธิสรีรวิทยา และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว กรณีศึกษาผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว ซึ่งเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติในการสร้างผนังกันหัวใจห้องล่างที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่างเป็นทางติดต่อกันระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา โรคนี้เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ตั้งแต่ 20% ถึง 30% ของโรคหัวใจแต่กำเนิดทั้งหมด และอาจพบความผิดปกติชนิดอื่นร่วมด้วย เช่นผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว เส้นเลือดหัวใจเกิน และลิ้นหัวใจพัลโมนารีตีบเป็นต้น ดังนั้นการพยาบาลเด็กที่มีภาวะผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วอย่างองค์รวม ตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และป้องกันความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตตามพัฒนาการที่เหมาะสม และครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาล, หัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว, ผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว

Abstract

This article aims to describe the pathophysiology and nursing care plan for patient of Acyanotic Congenital heart Disease: Case Study of Ventricular Septal Defect (VSD), which is a congenital heart disease with an incomplete ventricular septal defect. This is a cause to defect in the ventricular septum as the connection between the left and right ventricles. It is the most common congenital heart disease, ranging from 20% to 30% of all congenital heart disease, and also finding other types of associated lesions as well such as Atrial Septal Defect, Patent Ductus Ateriosus (PDA), and Pulmonary Stenosis (PS). Therefore, holistic nursing care for children with VSD, according to the nursing process which nurses must keep priority to solving problem and prevent the severity risk of disease to progression. Encourage children to have a quality of life according to appropriate development. And the family can take care of them effectively.

Keywords: Nursing Care, Acyanotic Heart Disease, Ventricular Septal Defect

บทนำ

โรคหัวใจแต่กำเนิด (Congenital heart disease : CHD) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ (Structural defect) โดยความผิดปกติเกิดขึ้นขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดาในช่วงที่มีการสร้างห้องหัวใจและหลอดเลือด (embryogenesis of the heart and great vessels) โดยทั่วไปแบ่งโรคหัวใจแต่กำเนิดเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic CHD) และโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic CHD)

โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ซับซ้อน (simple lesion) และเป็นความผิดปกติเพียงอย่างเดียว (single lesion) เช่น มีรูรั่วหรือมีรอยตีบเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตามในบางรายอาจพบทั้งรูรั่วและรอยตีบร่วมกันได้ ได้แก่ รูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน (atrial septal defect : ASD) รูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง (ventricular septal defect : VSD) รูรั่วผนังกันหัวใจห้องบนร่วมกับห้องล่าง (atrioventricular canal defect : AVCD) และ รูรั่วที่เชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดใหญ่ aorta

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย



และ pulmonary artery (patent ductus arteriosus : PDA) รูรั่วดังกล่าวทำให้เกิดทางเชื่อมต่อกันระหว่างหัวใจซีกซ้าย (left heart) และหัวใจซีกขวา (right heart) เนื่องจากหัวใจซีกซ้ายมีความดันสูงกว่าหัวใจซีกขวา จึงทำให้เลือดแดงจากหัวใจซีกซ้ายรั่วผ่านไปยังหัวใจซีกขวา หรือที่เรียกว่า left on right shunt เป็นผลให้มีปริมาณเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น (increased pulmonary blood flow) เกิด pulmonary congestion และทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นในด้าน volume overload เนื่องจากต้องสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจในปริมาณที่เพิ่ม (คือต้อง pump เมื่อปริมาณเลือดที่รั่วผ่าน shunt) ในรายที่รูรั่วมีขนาดเล็กมีปริมาณ left to right shunt ไม่มาก คนไข้จะไม่มีอาการผิดปกติ (asymptomatic) ยกเว้นฟังได้เสียง heart murmur จากการตรวจร่างกาย แต่ในรายที่รูรั่วมีขนาดใหญ่ทำให้มีปริมาณ shunt มาก คนไข้จะแสดงอาการของ congestive heart failure ได้

การรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง (ventricular septal defect : VSD) เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ตั้งแต่ 20% ถึง 30% ของโรคหัวใจแต่กำเนิดทั้งหมด ซึ่ง เกิด Left to right shunt lesion ในกลุ่มนี้จะมีรูรั่วทำให้มีการติดต่อกันระหว่างหัวใจห้องซ้ายและห้องขวา เนื่องจาก pressure ใน left สูงกว่า pressure ที่ระดับเดียวกันใน right heart และ systemic vascular resistance สูงกว่า pulmonary vascular resistance ดังนั้นเมื่อมีรูรั่วจึงทำให้มีการไหลของเลือดบางส่วนจาก left heart ผ่านรูรั่วไปยัง right heart ซึ่งปริมาณ Left to right shunt จะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือขนาดของรูรั่ว : รูรั่วที่มีขนาดใหญ่จะทำให้เกิด Left to right shunt มากกว่ารูขนาดเล็ก และ Pulmonary vascular resistance (PVR) : ถ้า PVR มีค่าลดลงจะทำให้ปริมาณ Left to right shunt เพิ่มขึ้น

การรักษาที่สำคัญคือการผ่าตัดแก้ไขปิดรูรั่วระหว่างผนังกันซ้ายและขวา ซึ่งมีปัจจัยด้านที่ส่งเสริมให้ตัดสินใจผ่าตัดแก้ไขเร็วขึ้น ได้แก่ มีอาการแสดงทางหัวใจ ได้แก่ อาการของ congestive heart failure มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะเป็น pneumonia บ่อยๆ น้ำหนักไม่ขึ้น เลี้ยงไม่โต เช่นที่พบใน VSD หรือ PDA ขนาดใหญ่ และ complete AV canal defect เป็นต้น และมีอัตราเสี่ยงต่อ complication ที่อาจเกิดขึ้นถ้าไม่ทำผ่าตัด เช่น VSD ขนาดใหญ่อาจมี pulmonary hypertension จนกลายเป็น Eisenmenger complex เป็นต้น ดังนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายแก่เด็ก ก่อนที่ยังไม่สามารถตัดสินใจทำผ่าตัด ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

morbidity และ mortality จากการผ่าตัด (operative risk) ในแต่ละโรค และในแต่ละช่วงอายุ เช่น การทำผ่าตัด open heart surgery ในเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 1 ปี) ย่อมมี operative risk สูงกว่าเด็กโต ดังนั้นการพยากรณ์เด็กที่มีภาวะผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วอย่างองค์รวม ตามกระบวนการพยากรณ์ ซึ่งพยากรณ์ต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และป้องกันความเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตตามพัฒนาการที่เหมาะสม และครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. อธิบายพยาธิสรีรวิทยา หัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว
2. วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว

แนวคิดทฤษฎี

Ventricular septal defect (VSD) เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติในการสร้างผนังกันหัวใจห้องล่าง (ventricular septum) ที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่างเป็นทางติดต่อ กันระหว่าง left ventricle กับ right ventricle โรคนี้เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด พบอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละรายงาน ตั้งแต่ 20 ถึง 30% ของโรคหัวใจแต่กำเนิดทั้งหมด อาจพบความผิดปกติชนิดอื่นร่วมด้วย (associated lesions) 1012 atrial septal defect, patent ductus arteriosus, coarctation of the aorta and pulmonary stenosis เป็นต้น

1. พยาธิสภาพ (Pathology)

Ventricular septum เมื่อมองจากทาง right ventricle สามารถแบ่งได้เป็น 4 ส่วน (รูปที่ 1A) คือ

1) Inlet septum เป็นผนังส่วนที่แบ่งระหว่าง mitral และ tricuspid valve

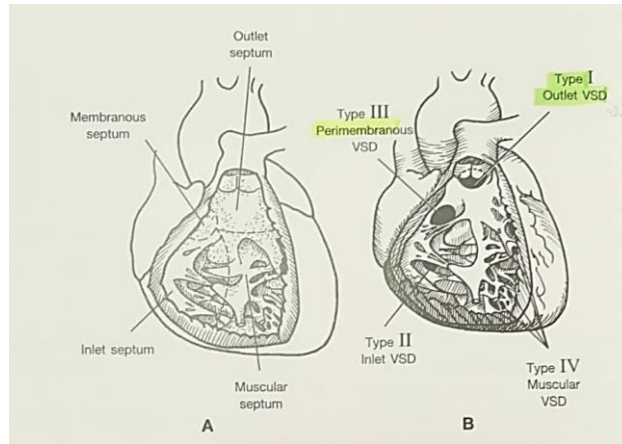
2) Trabecular หรือ Muscular septum เป็นผนังส่วนที่ต่อจาก insertion ของ tricuspid valve ทางด้านหนึ่งยื่นออกไปถึง apex และอีก ด้านหนึ่งยื่นขึ้นไปถึง crista Supraventricularis

3) Infundibular หรือ Outlet septum เป็นผนังส่วนที่ยื่นจาก crista Supraventricularis ขึ้นไป ถึง pulmonary valve

4) Membranous septum เป็นผนังส่วนที่เป็นแผ่นบางๆ ใต้ septal leaflet ของ tricuspid valve อยู่ระหว่าง inlet และ outlet septum

ในการผ่าตัดปิด VSD ศัลยแพทย์หัวใจจะปิดรูรั่วจากทางด้าน right ventricle ดังนั้นการจำแนก VSD ตามลักษณะที่เห็นจากทางด้าน right ventricle (anatomical

classification) จึงมีประโยชน์ในการ บอกตำแหน่งของ VSD ในเวลาผ่าตัด ทำให้แบ่ง VSD ได้เป็น 4 ชนิด (รูปที่ 1B) คือ



ภาพที่ 1 Ventricular septum มองจากทาง right ventricle. (A) ส่วนต่างๆของ Ventricular septum (B) ventricular septal defect ชนิดต่างๆ

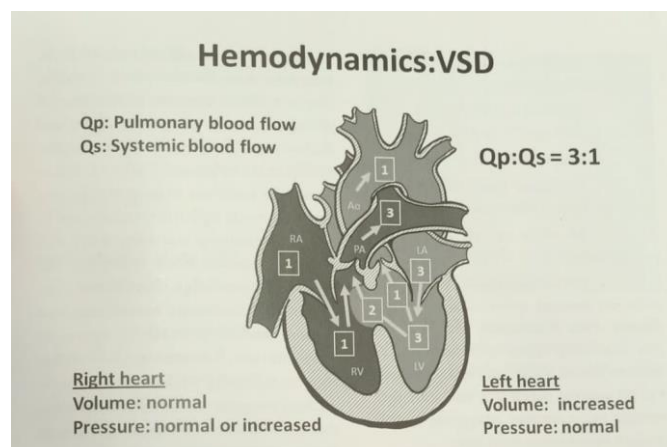
2. พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology)

ตามปกติ systolic pressure ใน left ventricle จะสูงกว่าใน right ventricle ทำให้มีเลือดบางส่วน จาก left ventricle ไหลผ่าน VSD ไปยัง right ventricle ในช่วง systole เกิดเป็น left to right shunt ปริมาณ left to right shunt ที่ผ่าน VSD จะ มากหรือน้อย ขึ้นกับ 2 ปัจจัยคือ

1) ขนาดของ VSD ใน VSD ขนาดใหญ่ เลือดจะไหลผ่านรูรั่ว ได้มาก เรียกว่า non-restrictive VSD (คือไม่ restrict flow ที่ผ่าน) ใน VSD ขนาดเล็ก เลือดจะ

ไหลผ่านรูรั่วได้น้อย เรียกว่า restrictive VSD (คือ restrict flow ที่ผ่าน) ดังนั้นใน VSD ขนาดใหญ่ จะมีปริมาณ left to right shunt มากกว่า VSD ขนาดเล็ก

2) Pulmonary vascular resistance (PVR) Pulmonary vascular resistance (PVR) เป็นตัวกำหนด pulmonary pressure (จากสูตร pressure = flow x resistance) PVR ที่มีค่าสูง จะทำให้ pulmonary pressure สูงขึ้น และทำให้ right ventricular pressure สูงขึ้นด้วยเช่นกัน ใน VSD ที่มี PVR สูง จึงมีปริมาณ left to right shunt น้อยกว่าในรายที่มี PVR ต่ำกว่า



ภาพที่ 2 แสดง volume overload ที่เกิดขึ้นใน VSD



รูปที่ 1-2 ขณะที่ left ventricle บีบตัว เลือดแดงที่กลับมาจากปอดส่วนหนึ่งจะผ่านออกไป ทาง aorta และอีกส่วนหนึ่งจะเป็น left to right shunt ผ่าน VSD ไป right ventricle และรวมกับ เลือดดำจาก systemic vein ออกไปทาง pulmonary artery เลือดแดง ในส่วนที่เป็น left to right shunt ผ่าน VSD ไปยังปอด จะไม่ได้รับ Oxygen ที่ปอด เนื่องจาก Oxygen อิ่มตัวแล้ว แต่ ปริมาณเลือดแดง ส่วนนี้ทำให้ left ventricle ต้องทำงาน มากขึ้น (volume overload)

เนื่องจากขนาดของ VSD มีผลต่อปริมาณ left to right shunt และ Workload ของหัวใจที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลต่ออาการแสดงในผู้ป่วย ในทางคลินิก จึงแบ่ง VSD ออกเป็น 3 ชนิดโดยเทียบกับขนาดของ aortic orifice (physiological classification) คือ

1) **large VSD** เป็นรูรั่วที่มีขนาดใกล้เคียงกับ ขนาดของ aortic orifice การที่มีรูรั่วขนาดใหญ่ทำให้ systolic pressure ใน right ventricle มีค่าใกล้เคียง กับ left ventricle (non-restrictive VSD จะไม่ restrict ทั้ง flow และ pressure) ในทารกแรกเกิด ที่มี large VSD พบว่า pulmonary vascular resistance (PVR) ลดลงช้า กว่าปกติ คือ จะเริ่ม ลดลงในช่วง 4-12 สัปดาห์หลังคลอด 4 ทำให้ในช่วงอายุ 1 เดือน ปริมาณ left to right shunt มี เพียงเล็กน้อย หลังจากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น และ เริ่มมี อาการของหัวใจล้มเหลวภายหลังอายุ 1 เดือน การที่มีเลือด ไปปอดปริมาณมาก ร่วมกับการมี systolic pressure ใน pulmonary artery สูงเท่ากับใน right และ left ventricle อยู่เป็นเวลานานเป็นปี จะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงใน pulmonary artery คือมี thickened adventitia, medial hypertrophy และ เกิด intimal injury ในที่สุด เป็นผลให้ PVR ค่อยๆ เพิ่มขึ้น เกิดภาวะ pulmonary vascular obstructive disease และทำให้ปริมาณ left to right shunt ค่อยๆ ลดลงและ PVR จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อย่างช้าๆ จนถึงจุดที่ PVR มีค่ามากกว่า systemic vascular resistance จะเกิด right to left shunt ผ่าน VSD เราเรียก ภาวะนี้ว่า Eisenmenger Complex

2) **Moderate VSD** เป็นรูรั่วที่มีขนาด ประมาณครึ่งหนึ่งของ aortic orifice ในกลุ่มนี้จะมี Systolic pressure ใน right ventricle สูง แต่ยังต่ำ กว่าใน left ventricle เนื่องจากขนาดของรูรั่วสามารถ restrict flow ได้บ้าง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการของ หัวใจล้มเหลวในช่วง อายุ 2-3 เดือน แต่อาการจะ รุนแรงน้อยกว่าใน large VSD และเกิดภาวะ pulmonary hypertension ได้

3) **Small VSD** เป็นรูรั่วที่มีขนาดน้อย กว่า 1/3 ของ aortic orifice ปริมาณ left to right shunt จะ ไม่มาก มักจะไม่แสดงอาการของหัวใจล้มเหลว และ ไม่ เกิด pulmonary hypertension

3. อาการ

1) moderate และ large VSD จะเริ่มมี อาการเหนื่อย หายใจเร็ว คุณนมได้ช้า และทานนมได้ น้อยลง ตั้งแต่อายุ 1-2 เดือน หลังจากนั้นอาการจะ ค่อยๆ เพิ่มขึ้น และพบว่าเลี้ยงไม่โต น้ำหนักไม่เพิ่ม หรือเพิ่มเพียง เล็กน้อย และมีการเจ็บป่วยจากอาการ ติดเชื้อในระบบ ทางเดินหายใจได้บ่อยๆ

2) Small VSD จะดูเหมือนเด็กปกติทั่วๆ ไป ไม่พบอาการผิดปกติ จะสงสัยหรือทราบว่าเป็นโรค หัวใจแต่ กำหนดเมื่อไปพบแพทย์ เวลาไม่สบาย หรือ ไปตรวจสุขภาพ ที่ well baby clinic แล้วฟังได้เสียง heart murmur

4. การตรวจร่างกาย

1) **Moderate และ large VSD** จะตรวจ พบอาการ tachypnea และ tachycardia ในรายที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว และ pulmonary congestion จะฟังเสียง ปอดได้ pulmonary rales และตรวจพบ hepatomegaly ได้

ตรวจทางหัวใจจะพบ active precordium, pulmonic secondary heart Sound (S₂ P) ดัง ขึ้น (เนื่องจากมี pulmonary hypertension) ได้ยินเสียง pansystolic murmur ฟังชัดที่ mid-left sternal border ใน large VSD ที่มี pulmonary pressure สูงมาก เสียง murmur จะเปลี่ยนเป็น systolic ejection murmur ได้ ในรายที่มี shunt ratio (pulmonary blood flow : systemic blood flow) มากกว่า 2:1 จะได้ยิน inflow diastolic (mid- diastolic decrescendo) murmur relative mitral stenosis (มีเลือดกลับจากปอดลง left atrium แล้วผ่าน mitral valve ลง left ventricle ใน ปริมาณที่มากกว่าปกติ)

2) **Small VSD** เด็กจะดูเป็นปกติ ไม่มี tachypnea หรือ tachycardia เนื่องจากไม่มี ภาวะหัวใจ ล้มเหลว ตรวจทางหัวใจพบ precordium impulse ปกติ อาจคลำได้ systolic thrill ที่ left sternal border ฟังได้ S₂ P ปกติ และได้ pansystolic murmur ที่ mid-left sternal border ในทารกที่มี PVR ลดลงเป็นปกติภายหลัง 3-7 วัน หลังคลอด จะฟังได้เสียง murmur ตั้งแต่อายุ 1 สัปดาห์ 2

5. Chest X-ray

1) moderate และ large VSD จะแสดงลักษณะของ increased pulmonary blood flow จาก left to right shunt คือพบ cardiomegaly ร่วมกับ increased pulmonary vascular marking (รูปที่ 14-3) ในรายที่มี pulmonary hypertension จะพบ prominent pulmonary trunk ร่วมด้วย

2) small VSD จะพบ mild cardiomegaly และ pulmonary vascular marking เพิ่มเพียง เล็กน้อย และในรายที่มี shunt ratio น้อยกว่า 1.5 ถึง 2:1 จะพบ chest X-ray อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

6. Electrocardiogram (EKG)

1) large VSD และ moderate VSD ที่มี pulmonary hypertension จะพบ combined ventricular hypertrophy (จาก LV volume load ร่วมกับ RV pressure load)

2) small และ moderate VSD ù pulmonary pressure สูงเพียง เล็กน้อย จะพบ left ventricular hypertrophy ในรายที่มี shunt ratio น้อยกว่า 1.5:1 จะพบ EKG อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

กรณีศึกษา

เด็กชายไทย วัย 7 ปี การวินิจฉัยโรคแรกรับ Ventricular septal defect (VSD)

การผ่าตัด: VSD Closure (การผ่าตัดปิดรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและห้องล่างขวา)

อาการสำคัญ (Chief complaint :C.C) มาตามนัดเพื่อมาผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness : P.I.)

วันที่ 15/10/62 มาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ตามนัดเพื่อมาทำการผ่าตัดปิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและห้องล่างขวา และทำการผ่าตัดในวันที่ 18/10/62

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history : P.H.)

เมื่อตอนผู้รับบริการอายุ 6 เดือนมีอาการไม่สบายมารดาจึงพาไปตรวจที่คลินิกที่กระบุรี แพทย์ที่คลินิกบอกว่าผู้รับบริการอาจเป็นโรคหัวใจ แนะนำให้มารดาพาไปตรวจให้ละเอียดอีกครั้งที่โรงพยาบาลมารดาจึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและขวารั่ว มารดาปรึกษาอยู่ 8 เดือนจึงหยุดการไปรักษา

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ผู้รับบริการถูกสุนัขกัดมารดาจึงพาไปฉีดยาป้องกันพิษสุนัขบ้า และได้บอกแพทย์ว่าเมื่อตอนเด็กเป็นผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและขวารั่ว แพทย์ตรวจแล้วส่งต่อมาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์แล้วจึงส่งตัวมาที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ วันที่ 3/07/62 และได้นัดมาผ่าตัดปิดรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องล่างซ้ายและขวาในวันที่ 17/10/62

ประวัติการแพ้ การฉายยาและสิ่งเสพติด : ผู้รับบริการรับประทานยา Lasix ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการแพ้ยา

Pre-operation

- เจาะ Blood for CBC, BUN, Cr, E' lyte, Ca, Mg, po4, LFT,PTT ,PT, INR, anti Hiv, antiHCV ,HBSAg . เก็บUA , CXR

- PRC 4unit , FFP 3 unit

- เตรียม Cefazolin1g x 5 vial

- 7.5%NaHCo3 50 ml x II -5% Human albumin 250 ml x I

- 20% Mannital250 ml x I-SWI 10 ml x I

- Set OR VSD Closure

1. สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อ 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยได้แก่ข้อมูลส่วนตัวและ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

2. แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการงดน้ำงดอาหาร ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด

3. แนะนำและแจ้งวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด

4. แนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ระยะเวลาในการรับผู้ป่วยไปผ่าตัดและระยะเวลาในการผ่าตัด ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

5. หลังออกจากห้องผ่าตัดสอนการออกกำลังกายบนเตียง เช่นการไอและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการฝึกการหายใจมี 2 วิธีคือ

1. การใช้การฝึกการหายใจโดยการ ใช้กลัมนี้ออกกระบังลม คำโดยการวางมือทั้งสองข้างบน ท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ และสูดลมหายใจลึกๆซ้ำซ้ำทางจมุกและให้ท้องป่องออก จากนั้นเป่าลมหายใจออกโดยวิธีการห่อปาก เป่าลมออกซ้ำๆให้ท้องแฟบลงซ้ำๆ และหายใจเข้าและออกซ้ำกัน 5 ถึง 6 ครั้งในทุกๆชั่วโมง



2. การฝึกหายใจของ กี่ปอดส่วนกลาง โดยวางมือทั้งสองข้างที่ชายโครงด้านล่าง สูดลมหายใจเข้าลึกๆทางจมูกให้ซี่โครงบานออกเป่าลมหายใจโดยการห่อปากเป่าลมหายใจออกมาช้าๆให้ซี่โครงแฟบลงและหายใจเข้าและออกซ้ำกัน 5-6 ครั้งทุกๆชั่วโมง

6. สนับสนุนทางด้านจิตใจและรับฟังเปิดโอกาสให้ซักถามในการผ่าตัดหรือมีข้อสงสัยที่ไม่เข้าใจ

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ

ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเลือดไปปอดมาก

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อและความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย

3. แนะนำให้มารดาให้ความสำคัญของสุขวิทยาทั่วไปเช่น การล้างมือให้สะอาด แปรงฟันก่อนนอนและตื่นนอน

4. ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้สะอาด

5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

ข้อที่ 3 ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดา

2. ประเมินความสามารถในการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การเขียน

3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสนับสนุนพัฒนา ระดับสติปัญญาให้เหมาะสมตามวัย

4. แนะนำการดูแลความสะอาดและสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟัน อาบน้ำ เป็นต้น

5. ส่งเสริมกิจกรรมการเล่นและการเข้าสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การเล่นที่ใช้แรงไม่มาก เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารที่มีประโยชน์ ให้ครบ 5 หมู่เช่น ข้าว ผัก ธรรมชาติ กับแกงจืด ผักหุงสับ

7. ดูแลและควบคุม การจำกัดน้ำและและโซเดียม

2. สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดออกผิดปกติ ภาวะหัวใจวาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง

2. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG)

3. ประเมินบาดแผล ภาวะเลือดออก

4. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ยาขับปัสสาวะ ควบคุมปริมาณสารน้ำเข้าออก และผลทางห้องปฏิบัติการ

5. บันทึกสารน้ำเข้าออก

ข้อ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย จากการมีทางเปิดของผิวหนัง และภูมิคุ้มกันเจริญไม่เต็มที่

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายโดย ประเมินบาดแผล สัญญาณชีพ โดยเฉพาะ อุณหภูมิร่างกาย

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ ยาปฏิชีวนะ ตามการรักษาของแพทย์

3. ดูแลการหายของแผล โดยทำแผลทุกวัน สังเกตการณ์อักเสบ และดูแล hygiene care, environment care

4. กระตุ้นให้ Ambulate และการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันเสมหะคั่งในปอด

5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ CBC โดยเฉพาะ WBC

ข้อ 3 ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพัฒนาการตามช่วงวัย

2. สร้างสัมพันธภาพ

3. จัดกิจกรรมการเล่น ที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

4. รับฟังและสะท้อนความรู้สึก ร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อที่ 4 ส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เหมาะสมตามวัยและภาวะการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการโดย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2. ดูแลให้ได้รับอาหารตามแผนการรักษา อาหารครบ 5 หมู่

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

4. ประเมินผลการรับประทานอาหารและการรับรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหาร

ข้อ 5 วางแผนการจำหน่าย โดยใช้ D-METHOD

D: Diagnosis – ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลโรคของผู้ดูแล

M: Medication - ให้ความรู้เกี่ยวกับยาในการรักษา

E: Environment - ให้ความรู้ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย ลดการติดเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อม

T: Treatment - ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผลจากการผ่าตัด ให้มีประสิทธิภาพ

H: Health - ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

O: Out patient - การมาตรวจตามแพทย์นัด และนำอาการที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

D: Diet- นำให้รับประทานอาหารให้ครบหลักโภชนาการและอาหารที่มีข้อจำกัดของภาวะโรค

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด ชนิดผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว จะมีประสิทธิภาพพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ให้ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะการพยาบาลเด็กพยาบาลต้องให้ความสำคัญด้านการพัฒนาการตามช่วงวัย การจัดกิจกรรมการเล่นจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการส่งเสริมและฟื้นฟูให้เด็ก ได้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมี

ความสุข และมีกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). (2554). **โรคหัวใจแต่กำเนิด = Congenital heart disease**. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
2. ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร บรรณาธิการ. (2558). **ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2**. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ;พิมพ์ครั้งที่ 4 (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ยุซรอ เลาะแม, คอลิด ครูนันท, สุชาดา เจะดอเลาะ และ มณีนีศรี พัฒนสมบัติสุข. (2560). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด : ผลกระทบและแนวทางการช่วยเหลือ. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**. 18(3). กันยายน- ธันวาคม. 39 -45.
4. ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด: หลักการและแนวทางการปฏิบัติ. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 28 (2). 13-22.
5. เพชรลดา เพ็ชรเรือนทอง, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์ นิตย์, ทศนี ประสบกิตติคุณ .(2561). การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 38 (1) มกราคม - มีนาคม . 10-21.
6. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 72 ชั่วโมง. <https://heart.kku.ac.th/>เข้าถึงข้อมูล 11 พฤษภาคม 2564.